VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 40)**

z dnia 21 czerwca 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 40)

21 czerwca 2017 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem posła **Sławomira Zawiślaka (PiS)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie projektu planu pracy Komisji na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2017 r.;

– informacja Prezesa Najwyższej Izby Kontroli na temat opieki nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich rodzin;

– informacja Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na temat sytuacji osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów;

– rozpatrzenie odpowiedzi Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na dezyderat nr 3 w sprawie sytuacji osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów.

W posiedzeniu udział wzięli: **Elżbieta Bojanowska** podsekretarz stanu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Zbigniew Król** podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Mieczysław Łuczak** wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Piotr Miklis** dyrektor Delegatury NIK w Katowicach, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Anna Jakrzewska-Sawińska** dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej**, Katarzyna Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Zofia Prasoł** opiekunka chorych na chorobę Alzheimera, **Barbara Kucharska** przedstawiciel Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej Samorządu Województwa Mazowieckiego, **Wojciech Morek** pełnomocnik Związku Miast Polskich, **Anna Paradowska** i **Bogdan Szurmak** przedstawiciele Rad Seniorów Dzielnicy Wola i Dzielnicy Mokotów, **Joanna Zabiecka** dyrektor biura poselskiego Kornelii Wróblewskiej, **Wojciech Trybocki** asystent posła partii Nowoczesna, **Ewelina Litwin** i **Łukasz Salwowski** redaktorzy „Głosu Seniora", przedstawiciele Stowarzyszenia MANKO oraz **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** i **Rafał Sapuła** – stali doradcy Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska i Anna Czechowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Otwieram 40. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, a także wszystkich pozostałych gości.

Szanowni państwo, pozwolę sobie w tym momencie przeczytać porządek dzisiejszego posiedzenia. Pierwszy punkt – rozpatrzenie projektu planu pracy Komisji na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2017 r., który przedstawię; drugi punkt – informacja Prezesa Najwyższej Izby Kontroli na temat opieki nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich rodzin, przedstawi pan prezes NIK; trzeci punkt – informacja Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na temat sytuacji osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów,

przedstawią nam państwo ministrowie z MZ i MRPiPS; czwarty punkt – rozpatrzenie odpowiedzi Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na dezyderat nr 3 w sprawie sytuacji osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie ma. Stwierdzam zatem przyjęcie porządku dziennego i przystępujemy do jego realizacji.

Wcześniej państwo posłowie dostali plan pracy Komisji na w.w. przeze mnie okres. Otwieram dyskusję na ten temat. W przypadku osób reprezentujących organizacje pozarządowe i zaproszonych gości proszę o przedstawianie się, gdy państwo będą się chcieli wypowiedzieć.

Nie będę czytał tych wszystkich punktów, jest ich kilkanaście. Z pewnością zapoznali się państwo z nimi. Otwieram dyskusję, czekam na państwa uwagi. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Jeżeli nie… Pan przewodniczący, proszę bardzo.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, pan przewodniczący zapomniał powiedzieć, że ten plan pracy jest oczywiście wynikiem pracy prezydium Komisji, która się dwukrotnie zebrała wczoraj, żeby uporządkować ten plan. Znalazła się w nim bardzo istotna propozycja, żeby już w drugim półroczu nasza Komisja odbyła wizytację w Szpitalu Wolskim na oddziale geriatrii (37-łóżkowym), który prawdopodobnie już niedługo będzie musiał stać się interną. Mam nadzieję, że 4 lipca zobaczymy jeszcze oddział funkcjonujący jak dotychczas, który realizuje całościową oceną geriatryczną pacjenta i prowadzi rehabilitację geriatryczną, finansowaną przez NFZ, a który po tym, co zostanie ogłoszone przez oddział 27 czerwca, będzie traktowany jak zwykła interna. Zachęcam więc oczywiście wszystkich państwa członków Komisji, ale również osoby zainteresowane do udziału w tej wizytacji.

Przeprowadziliśmy również dyskusję dotyczącą tematów, które nie znalazły się w planie pracy. Dyskutowaliśmy m.in. nad dosyć istotną kwestią, która w wielu krajach jest podejmowana, a mianowicie sprawą tzw. ubezpieczeń pielęgnacyjnych, które są wprowadzane w różnych krajach ze starzejącymi się społeczeństwami. Z racji tego, że mieliśmy trudności ze znalezieniem odpowiedniego urzędu do prezentacji tego zagadnienia, zamówiłem wczoraj ekspertyzę w Biurze Analiz Sejmowych na temat ubezpieczeń pielęgnacyjnych w wybranych krajach Unii Europejskiej oraz możliwości rozwoju tej formy ubezpieczeń w Polsce. Mam nadzieję, że jeżeli ten materiał będzie gotowy, Wysoka Komisja wprowadzi zmiany do planu pracy i poszerzy go o ten temat. Innych uwag do planu pracy nie mam. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję panu przewodniczącemu. Oczywiście potwierdzam „oczywistą oczywistość", że procedowaliśmy nad projektem planu pracy Komisji w gronie pełnego prezydium. Projekt przyjęliśmy jednogłośnie. Dziękuję panu przewodniczącemu za aktywną, merytoryczną pracę w prezydium. Oczywiście ewentualne rozszerzenie planu pracy na drugie półrocze tego roku jest możliwe – będziemy nasz program uzupełniać.

Jeszcze przed wymienieniem takich oficjalnych formuł chciałbym dodać, że w planie jest zapisane także wyjazdowe posiedzenie naszej Komisji we wrześniu, ale zaznaczam, że może to być ewentualnie pierwsza połowa czy początek października. Zobaczymy, w jakim terminie przyjdzie do nas przygotowana informacja. Będzie to już po wakacjach, czas powrotu do Sejmu. W związku z tym proszę panie i panów posłów o zapamiętanie, że to może być ewentualnie początek października.

Czy ktoś z państwa posłów jest przeciwny przyjęciu planu pracy Komisji? Nie. Stwierdzam zatem, że Komisja uchwaliła plan pracy na drugie półroczu bieżącego roku.

Przejdziemy do drugiego punktu. Proszę o zabranie głosu pana Mieczysława Łuczaka, wiceprezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Wiceprezes NIK Mieczysław Łuczak:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Panie i panowie posłowie, Wysokie Prezydium, pani minister, panie ministrze, szanowni państwo, mam przyjemność przedstawić państwu wyniki kontroli – Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich rodzin. Będziemy je prezentować wspólnie z panem Piotrem Miklisem, dyrektorem Delegatury NIK w Katowicach oraz jego zastępcą, panem Przemysławem Fedo-

rowiczem. Postaramy się precyzyjnie i dokładnie przedstawić wyniki naszych badań. Po przedstawieniu całości będziemy do państwa dyspozycji.

Szanowni państwo, NIK, jak wiadomo, skupia swoją uwagę na najważniejszych problemach zakłócających sprawne działanie naszego państwa. W tym badaniu, które państwu prezentujemy, przedmiotem naszego zainteresowania była opieka nad osobami z chorobą Alzheimera i wsparcie dla ich rodzin. Kontrola została przeprowadzona z inicjatywy Komisji Polityki Senioralnej, która zwróciła się do Izby z taką sugestią. Temat został przez nas podjęty i przeprowadzony w większym zakresie niż proponowany. Celem kontroli było dokonanie oceny, czy funkcjonujący w Polsce powszechny system opieki zdrowotnej oraz usług społecznych i opiekuńczych dla osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin jest skuteczny i efektywny. Okres objęty kontrolą, to lata 2014–2015, z uwzględnieniem dostępnych danych z 2016 r. Kontrola była prowadzona od 1 kwietnia do 15 sierpnia 2016 r.

W badaniach statystycznych również wykorzystaliśmy dane uwzględniające lata 2010–2013. Kontrolę koordynowała delegatura NIK w Katowicach. Czynności kontrolne były prowadzone w MZ, MRPiPS, w pięciu urzędach wojewódzkich, pięciu urzędach marszałkowskich, pięciu zakładach opiekuńczo-leczniczych, pięciu placówkach POZ, pięciu dziennych placówkach opieki społecznej i pięciu organizacjach pozarządowych. Zaangażowanych było również pięć delegatur – delegatury w Katowicach, Łodzi, Warszawie, Kielcach i Rzeszowie.

Szanowni państwo, jestem przekonany, że wyniki naszej kontroli dadzą impuls organom państwa odpowiedzialnym za opiekę zdrowotną do działań w celu stworzenia mapy harmonogramów uwzględniających potrzeby osób z chorobą Alzheimera i innymi schorzeniami otępiennymi.

Snując rozważania nad sensem tworzenia narzędzi przeznaczonych specjalnie dla osób z chorobą Alzheimera, powinniśmy pamiętać, że na każdą taką osobę przypada jeszcze jedna osoba cierpiąca na jedną z chorób otępiennych różnego rodzaju, mogącą dawać nawet takie same lub podobne objawy. Ale również nie możemy zapominać i przemilczeć tego, że z kolei na każdą osobę dotkniętą chorobą Alzheimera i chorobą otępienną przypadają całe rodziny dotknięte w sposób pośredni tą dolegliwością. Problem nie dotyczy tylko samego chorego. Wiele chorób otępiennych może być już dziś skutecznie leczonych, o ile zostaną wdrożone instrumenty pozwalające na wczesną diagnozę, która umożliwi precyzyjne określenie rodzaju schorzenia. To pozwoli samym pacjentom i ich rodzinom na podjęcie działań opóźniających postęp choroby – w przypadku alzheimera możemy jedynie mówić o spowolnieniu rozwoju choroby – i ograniczy związane z nią uciążliwości w życiu codziennym.

Wyniki naszej kontroli dowodzą, że najaktywniej na rzecz wypracowania rozwiązań problematyki zdrowotnej, opiekuńczej i społecznej wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich rodzin działały organizacje pozarządowe. Inicjowały i brały udział w pracach nad propozycjami krajowych dokumentów strategicznych dotyczących leczenia i opieki, jak również konsultowały projekty strategii wojewódzkich.

Reasumując, wpływ chorób otępiennych odbija się nie tylko na losach pacjentów, lecz także całego środowiska. NIK w ramach niniejszej kontroli zleciła przeprowadzenie badań społecznych, które zaliczyć trzeba do najszerszych, jakie były w naszej instytucji. Wyniki tych badań przedstawiamy państwu w naszym raporcie. Wykazaliśmy, jaki jest wpływ tej choroby na losy polskich rodzin, czego najbardziej brakuje chorym i środowisku, jaki jest społeczny odbiór choroby. Adresatom naszych raportów przekazujemy wnioski i uwagi, wymieniamy braki unormowań prawnych, a także wskazujemy na społeczny aspekt pomocy chorym. Szanowni państwo, z wynikami naszej kontroli zapoznali się już eksperci i przedstawiciele środowisk alzheimerowskich na zorganizowanej przez nas konferencji.

Panie przewodniczący, nie chciałbym, abyśmy dwa razy powtarzali to samo. Jest bardzo wyczerpująca prezentacja, która mówi sama za siebie, i prosiłbym pana przewodniczącego, żeby udzielił głosu panu dyrektorowi.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Proszę bardzo.

Dyrektor Delegatury NIK w Katowicach Piotr Miklis:

Dzień dobry. Szanowni państwo, na początku *trivia* – choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną otępienia w wieku podeszłym. Otępienie może jednak, jak pan prezes już wspomniał, występować także w wielu innych jednostkach chorobowych, takich jak zaburzenia metaboliczne, np. cukrzyca czy zespoły niedoborowe, w tym niedobór z grupy B np. zespół Wernickego-Korsakowa w chorobie alkoholowej. Zmiany występujące w tych przypadkach, w przeciwieństwie do choroby Alzheimera, są jednak odwracalne, dlatego kluczowe jest zawsze określenie, z jakim rodzajem schorzenia otępiennego w przypadku danego pacjenta mamy do czynienia.

Według danych statystycznych Polska jest krajem o starzejącej się populacji. Udział osób w wieku 65+ w strukturze ludności wzrósł w latach 2005–2015 o milion osób, z pięciu do prawie sześciu milionów. Według prognoz statystycznych udział grupy wiekowej 65+ w ogóle mieszkańców Polski podwoi się – oznacza to ok. 12 mln osób 65+ już w 2050 r. Według danych medycznych na chorobę Alzheimera choruje 3% osób z grupy wiekowej 65–69 lat, 6% w grupie 70–74 lata, 9% w grupie 75–79, 23% w grupie 80–84 lata, 40% w grupie 85-–89 i prawie 70% w grupie 90+.

W trakcie naszej kontroli ustaliliśmy, że władze publiczne nie mają pełnych lub nawet przybliżonych danych o liczbie chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Według różnych szacunków, m.in. także pochodzących z materiałów, które były w dyspozycji Komisji Polityki Senioralnej Sejmu, z którymi zapoznaliśmy się w trakcie kontroli, otępieniem alzheimerowskim dotkniętych było w Polsce – tu ze względu na różne szacunki, pojawiają się różne dane – 360 tys., 420 tys., ostatnio mówi się otwarcie o 500 tys. osób. Przy utrzymaniu się obecnych trendów demograficznych za trzy dekady około miliona Polaków będzie cierpiało na chorobę Alzheimera. To należy brać pod uwagę już dziś, jeżeli zamierzamy planować dalsze posunięcia. Drugi milion to będą osoby chore na inne formy chorób otępiennych, dających podobne objawy jak choroba Alzheimera.

Pan prezes już wspomniał o tym, co i kogo skontrolowaliśmy. Pozwolę sobie zwrócić uwagę na szczegółowe dane dotyczące badania TNS. To była bardzo poważna praca badawcza:1066 osób powyżej 15. roku życia, grupa 50+ jako grupa docelowa to prawie 500 osób i osoby chore na różnym etapie choroby lub ich opiekunowie – 202 osoby. Na pewno jesteśmy monopolistami, jeśli chodzi o dostęp do tak szczegółowych informacji pochodzących wprost ze źródła. To, co zostało ocenione w trakcie naszej kontroli – czyli programowanie i prowadzenie działań na rzecz osób z chorobą Alzheimera na poziomach administracji rządowej, samorządowej i w organizacjach pozarządowych – pokazuje obraz zbieżny z wynikiem badań społecznych przedstawionych przez TNS, wobec czego w dalszej części prezentacji będziemy płynnie ilustrować nasze ustalenia także danymi pochodzącymi z obszernego raportu TNS OBOP. Panie przewodniczący, kilka egzemplarzy tego raportu mamy ze sobą.

Ocena skontrolowanej działalności. Ustalenia kontroli wskazują, że powszechny system opieki zdrowotnej nie rozwiązuje problemów zdrowotnych osób z chorobą Alzheimera i ich środowiska. Lepiej działa powszechny system opieki społecznej, lecz i tutaj z osobami z chorobą Alzheimera postępowano tak jak z innymi starszymi osobami, choć potrzeby chorych z otępieniami są bardzo specyficzne. Na przykład pojawia się i potęguje konieczność zapewnienia im opieki i bezpieczeństwa przez całą dobę. Pojawia się także pogłębiające się uzależnienie od opiekunów. Co więcej, według wyników badania społecznego w polskim społeczeństwie przeważa opinia, że państwo oraz instytucje publiczne nie są dostatecznym wsparciem dla chorych oraz ich opiekunów. Trzech na pięciu dorosłych Polaków uważa, że chorzy i ich opiekunowie są pozostawieni sami sobie. W tej sytuacji środowiskiem najbardziej aktywnie promującym wdrażanie nowych rozwiązań są organizacje pozarządowe i niektóre samorządy. Takie pozytywne przykłady dobrych praktyk odnotowaliśmy m.in. w odniesieniu do Wrocławia.

Jeśli chodzi o ocenę dwóch ministrów. Ocena działań Ministra Zdrowia. Szanowni państwo, by być precyzyjnym, umieściliśmy tę ocenę na slajdzie. Ten precyzyjny zapis,

wzięty z naszej informacji, wystarczy tylko skomentować. W trakcie naszej kontroli ustaliliśmy, że w latach objętych kontrolą działania Ministra Zdrowia wskazywały na to, że nie uznaje on, by choroba Alzheimera wymagała opracowania rozwiązań innych niż dotychczas funkcjonujące. Naszym zdaniem, powiem to po raz kolejny, wiadomo, że osoby z chorobą Alzheimera rzeczywiście nie mogą być leczone przyczynowo, a taki argument był podnoszony w naszej dyskusji z MZ. Naszym zdaniem nie oznacza to jednak, że rozwinięta diagnostyka obejmująca osoby dotknięte ryzykiem zachorowania na alzheimera nie jest już dziś konieczna.

Trzeba pamiętać, że statystycznie co drugi Polak, u którego zostanie zdiagnozowana jedna z chorób otępiennych, ma szansę na podjęcie skutecznego leczenia przyczynowego, dlatego tak ważna jest jak najwcześniejsza diagnostyka, która umożliwi jak najszybsze określenie, z jakim rodzajem choroby otępiennej mamy do czynienia. Osoby z chorobą Alzheimera także mogą już liczyć na dostęp do terapii opóźniających postęp choroby i podnoszących jakość życia – tak twierdzą najwybitniejsi specjaliści, a naszym zdaniem jest to stawka, o którą warto zagrać. Skutkiem stosowania terapii w chorobach otępiennych i w chorobie Alzheimera jest przesunięcie w czasie momentu, kiedy choremu musi być zapewniona całodobowa opieka w specjalistycznym ośrodku lub konieczne jest wyłączenie z aktywności zawodowej i normalnego życia któregoś z członków rodziny. Jak wspomniał pan prezes, to jest choroba, na którą nie zapadają tylko chorzy i bezpośredni opiekunowie, to jest choroba, na którą chorują całe rodziny.

Jeśli chodzi o ocenę Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, stwierdziliśmy, że system opieki społecznej uwzględnia potrzeby osób z chorobami otępiennymi, nie przewidywał jednak specyficznych, opracowanych specjalnie dla nich rozwiązań. Naszym zdaniem takie rozwiązania są potrzebne również w sferze opieki społecznej, choćby ze względu na zjawisko postępującego uzależnienia osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi od opiekunów. Z tych samych względów także większość działań objętych założeniami polityki senioralnej i programu aktywizacji osób starszych z 2014 r. kierowana była do osób starszych o nieobniżonych możliwościach percepcji, a więc nie dotyczyła bezpośrednio grupy osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi.

Szanowni państwo, jak pan prezes wspomniał, byliśmy w samorządach szczebla wojewódzkiego i u wojewodów. Jeżeli chodzi o samorządy województw, dokumenty strategiczne także nie przewidywały działań w sposób szczególny adresowanych do osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin. Pełniły one jednak ważną funkcję w systemie finansowania usług opiekuńczych oraz w systemie finansowania działań zapewniających profilaktykę zdrowotną. Wojewodowie odgrywają określoną rolę w odniesieniu do domów dla osób starszych, działających na podstawie ustawy o działalności gospodarczej – prowadzą rejestry tych placówek, jednak w większości skontrolowanych przypadków nie zapewnili przeprowadzania kontroli tych placówek z częstotliwością wymaganą przepisami. To jest kontrola raz na 3 lata. Wojewoda łódzki skontrolował w okresie objętym przez nas kontrolą 17% takich domów, które znajdowały się w jego właściwości rzeczowej, wojewoda śląski – również 17%, a mazowiecki co drugą placówkę, która podlegała jego nadzorowi.

Działania placówek podstawowej opieki zdrowotnej i domów samopomocy. Jednostki ochrony zdrowia i pomocy społecznej świadczyły usługi na rzecz osób w wieku senioralnym, zgodnie z wymogami wynikającymi z obowiązujących przepisów. Regulacje te jednak, jak już wspominaliśmy, nie przewidywały mechanizmów uwzględniających w sposób szczególny swoistych uwarunkowań oraz problemów zdrowotnych i opiekuńczych osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin. Lekarze POZ, z nielicznymi wyjątkami, nie wykonywali oceny stanu funkcji poznawczych pacjentów w wieku senioralnym. Z naszych ustaleń wynika, że zaledwie 3% Polaków w wieku 60+ miało badaną pamięć przez lekarza rodzinnego z jego własnej inicjatywy. Stwierdziliśmy jedynie incydentalne przypadki dokonywania takich badań z inicjatywy lekarzy zatrudnionych w placówkach POZ, które skontrolowaliśmy.

Szanowni państwo, 3% Polaków w wieku 60 lat i więcej miało badaną pamięć, a 84% spośród naszych badanych – to już jest potwierdzenie naszych ustaleń wynikających z efektów badania społecznego – Polaków oczekuje, że takie badanie będzie działaniem rutynowym.

Co się poprawiło? Minister Zdrowia w ub.r. wprowadził zapowiadany od dawna system procedury oceny geriatrycznej. Zauważamy oczywiście w naszym raporcie, że ta procedura została wdrożona w szpitalach, a więc w jednostkach, do których chorzy trafiają już w daleko zaawansowanych objawach choroby. Skuteczność tej procedury z pewnością zostanie przez nas oceniona, ale na razie było za wcześnie, nie mieliśmy jeszcze danych z tej kontroli.

Zestawienie istniejącej sytuacji z oczekiwaniami społecznymi, możliwe dzięki badaniom przeprowadzonym przez TNS OBOP, pokazuje, że ludzie oczekują poważnego zajęcia się tą kwestią. Zdecydowana większość osób jest przekonana, że lekarze powinni badać w kierunku chorób otępiennych, im starsza osoba udzielała odpowiedzi, tym taka odpowiedź była częstsza i oczywiście trudno się temu dziwić.

W tym miejscu warto wspomnieć o stanowisku prezentowanym w trakcie naszej kontroli przez organy władzy publicznej. Jest ono bardzo mocno rozbieżne z oczekiwaniami pacjentów oraz potencjalnych pacjentów.

Ocena organizacji pozarządowych. Jak wspomnieliśmy – pan prezes to mocno podkreślił – to była najaktywniejsza część środowiska, z którym mają do czynienia chorzy na choroby otępienne oraz ich rodziny. Skontrolowane przez nas organizacje pozarządowe popularyzowały tematykę związaną z chorobą Alzheimera i prowadziły działalność edukacyjną w lokalnych społecznościach, a także organizowały wsparcie wolontariuszy dla chorych i ich rodzin. Część z nich prowadziła grupy wsparcia dla chorych i ich rodzin, a także placówki udzielające specjalistycznej opieki i poradnictwa. Dla nas było szczególnie istotne, że korzystające ze wsparcia publicznego organizacje pozarządowe prawidłowo wydatkowały i rozliczyły otrzymane dotacje. Naszym zdaniem aktywność tego sektora, stanowiąca istotne wsparcie tego środowiska, nie jest jednak ciągle, z uwagi na ograniczoną skalę, wystarczającą odpowiedzią na potrzeby osób chorych i nie zastąpi działań niezbędnych do podjęcia przez administracje publiczne.

Szanowni państwo, ta kontrola była szczególna również z innych względów. Zadawaliśmy wiele otwartych pytań nie tylko osobom kontrolowanym, ale także podmiotom, które uczestniczą, są graczami w tym systemie. W ramach kontroli pozyskaliśmy oceny w układzie analizy SWOT od 61 podmiotów – to byli konsultanci krajowi i wojewódzcy w dziedzinie neurologii i geriatrii, wojewodowie i marszałkowie województw. Prosiliśmy ich o odpowiedź na takie pytania, by ich odpowiedzi wskazały na to, co jest mocną/słabą stroną obecnie funkcjonujących rozwiązań, i wreszcie – szanse i zagrożenia. Za najistotniejszą słabą stronę obecnych rozwiązań uznany został brak wypracowanego modelu leczenia i opieki, w szczególności rozwiązań organizacyjnych, standardów postępowania diagnostycznego. Za najistotniejsze zagrożenie zostały uznane czynniki demograficzne, bo do tych danych demograficznych i szacunków, które przedstawiamy, mieli dostęp także nasi respondenci. Za najistotniejszą szansę została uznana możliwość wprowadzenia narodowych rozwiązań strategicznych. Za mocną stronę uznano dostęp do świadczeń gwarantowanych – diagnostyka, leczenia ambulatoryjne, specjalistyczne. Potwierdziły to także wyniki badań społecznych, w których formułowano oceny krytyczne, jeżeli chodzi o dostęp do samych świadczeń, ale dość wysoka ocena dotyczyła samej jakości udzielanych świadczeń, o ile ktoś już uzyskał dostęp do tych świadczeń.

W pigułce wyniki badań zleconych przez NIK, a przeprowadzonych przez TNS. 67% Polaków uważa, że alzheimer jest problemem, tylko 3%, jak już wspomnieliśmy, Polaków w wieku 60 lat i więcej miało badaną pamięć przez lekarza POZ z jego inicjatywy. Doświadczenia chorych na alzheimera i ich opiekunów są warte analizy. 94% osób, które były objęte badaniem, przyznaje, że proces diagnozy był rozciągnięty w czasie, a ponad połowa twierdziła, że trwał długo. Prawie 70% badanych uważa, że dostęp do lekarzy specjalistów jest trudny. Ogólna ocena jakości publicznych usług medycznych na etapie, kiedy chory już uzyska dostęp do tych świadczeń, nie była na tle innych wyników badań tak zła. Dobrą ocenę wystawiła trochę ponad połowa badanych.

Ta wielokolorowa tabela przedstawia wrażenia z doświadczeń związanych z różnymi formami wsparcia i opieki. Można powiedzieć, że jeżeli chodzi o korzystanie z opieki zdrowotnej, najwyższą ocenę uzyskało leczenie szpitalne, pielęgniarki środowiskowe, a więc te najbardziej tradycyjne narzędzia, z których korzystają chorzy i ich rodziny,

kiedy choroba jest już na zaawansowanym etapie rozwoju. Dostęp do specjalistów jest trudny, ale jakość tych usług jest w tym momencie dobra.

Nasi ankieterzy pytali także o skutki finansowe pojawienia się w rodzinie problemu choroby otępiennej i problemu alzheimera. To jest ostatni wymieniony przez nas punkt, ale wcale nie najmniej ważny. Olbrzymia większość bowiem, prawie 60% odpowiedzi na pytania dostarczone przez respondentów, wskazywała na to, że ich sytuacja materialna się pogorszyła.

Jeżeli chodzi o średnie koszty leczenia chorych w domu, to było prawie 700 zł miesięcznie, a koszt leczenia chorych w ośrodku to 1623 zł. Nie są to dane zobiektywizowane, bo były one zawarte w pewnych przedziałach kwot, co do których mieli się wypowiedzieć respondenci. Pozwolę sobie wrócić tutaj do naszej starej kontroli. Uzyskane z NFZ dane dotyczące kosztów leczenia osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce wskazywały na kwotę ok. 1000 zł rocznie na jednego chorego i liczbę 50 tys. chorych korzystających z tych świadczeń, unikalnych PESEL rozliczanych przez NFZ jako choroba Alzheimera. Oceny i informacje dostarczone przez samych zainteresowanych, jak państwo widzą, są inne. Powiem na marginesie, że to są dane kosztów nieodnoszące się do programu bezpłatnych leków dla osób w wieku 75+; program został wprowadzony już po zakończeniu naszych czynności kontrolnych. Jest on bardzo istotny. Powiem tylko tyle, że koszty tych leków za moment pojawią się jako koszty u Ministra Zdrowia i u płatnika, dlatego że leki do tej pory kupowane za środki samych rodzin, będą teraz obciążać płatnika.

Szanowni państwo, na zakończenie wnioski, o których wspomniał pan prezes. Podjęcie przez Ministra Zdrowia, w ścisłej współpracy z Ministrem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, działań mających na celu wypracowanie i wdrożenie rozwiązań, pozwalających na skuteczne rozwiązywanie problemów zdrowotnych i opiekuńczych osób z chorobą Alzheimera, a w szczególności zabezpieczenie dostępu do wiarygodnych danych w celu poznania skali zjawiska oraz problemów osób chorych i ich opiekunów. To nie jest 50 tys. chorych. Gdyby tak było, bylibyśmy najzdrowszym społeczeństwem na świecie. Dane statystyczne zebrane w odniesieniu do krajów ościennych wskazują na liczbę sięgającą już 500 tys. chorych.

Drugi wniosek – opracowanie i wdrożenie standardów dotyczących wczesnego wykrywania symptomów choroby Alzheimera oraz standardów postępowania leczniczego i opiekuńczego wobec osób chorych, wprowadzenie do podmiotów prowadzących placówki dla osób starszych na zasadach działalności gospodarczej, obowiązku zgłaszania służbom sanitarnym zakażeń. To jest trochę na marginesie głównego nurtu naszej kontroli, ale stwierdziliśmy pewną istotną lukę w prawie. Pan minister, który był na konferencji ekspertów, uzyskał od nas te dane. Obecnie ośrodki, w których bardzo często przebywają osoby schorowane, zaawansowane wiekiem, jeżeli są prowadzone na podstawie ustawy o działalności gospodarczej, nie mają obowiązku raportowania zakażeń, co może się okazać zagrożeniem dla bezpieczeństwa sanitarnego kraju, jeśli ziści się czarny scenariusz.

To wszystko, szanowni państwo, jeżeli chodzi o skrót wyników kontroli. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo panu prezesowi i panu dyrektorowi za materiały, i obszerną wypowiedź. Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Proszę, pan przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowny panie prezesie, państwo ministrowie, Wysoka Komisjo. Cóż powiedzieć? Takiego raportu i takich wyników kontroli się spodziewaliśmy. Mówię bardzo szczerze, raporty NIK – myślę o dwóch dokumentach, które zostały zlecone przez Komisję Polityki Senioralnej, kiedy jeszcze byłem jej przewodniczącym, raporcie na temat opieki medycznej osób w wieku podeszłym i raporcie dotyczącym opieki na osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich rodzin – to po prostu katechizm dla wszystkich osób w Polsce zajmujących się polityką senioralną. Nie można o niej mówić, gdy nie ma zdrowej i godnej starości, a takiej zdrowej i godnej starości, w mojej opinii, nie ma i nie może być, kiedy polityki publiczne nie uwzględniają potrzeb osób starszych w zakresie geriatrii, ale również w zakresie wsparcia dla chorych na chorobę Alzheimera

i choroby otępienne oraz wsparcia dla ich rodzin i opiekunów. Ten raport i wyniki kontroli są po prostu zimnym prysznicem. Ani poprzedni rząd, ani obecny nie dał rady i dalej nie daje rady.

Chciałbym bardzo serdecznie podziękować panu prezesowi i Izbie za to, że elementem uzupełniającym badanie w poszczególnych instytucjach odpowiedzialnych za sprawę lecznictwa i opieki nad chorymi są wyniki badań opinii publicznej.

Z tego raportu i badania TNS tak naprawdę wystarczyłoby przytoczyć tylko jedno podsumowujące zdanie: Trzech na pięciu Polaków uważa, że chorzy i ich opiekunowie są pozostawieni sami sobie. Taka jest brutalna prawda – trzech na pięciu Polaków uważa, że chorzy i ich opiekunowie są pozostawieni sami sobie. Cały ciężar opieki nad chorymi na chorobę Alzheimera i choroby otępienne spoczywa na rodzinach i na opiekunach.

Zanim przejdziemy do dalszego omawiania raportu dotyczącego alzheimera i chorób otępiennych oraz sytuacji ich rodzin i opiekunów, trzeba zauważyć, że wcześniej otrzymaliśmy raport Izby dotyczący opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym. Był on prezentowany w zeszłym roku. I można by zadać pytanie np. ministrowi zdrowia, jak wygląda realizacja rekomendacji NIK, dotyczącej wprowadzenia standardów postępowania w opiece geriatrycznej. Dokument jest gotowy, Zespół ds. Gerontologii Ministra Zdrowia przygotował… standardy są zawieszone na stronie internetowej MZ, tyle że nie zostały wdrożone, nie stały się powszechnie obowiązującym prawem. Poprzedni rząd wprowadził całościową ocenę geriatryczną w lecznictwie szpitalnym, ale wniosek NIK z zeszłego roku, że powinna być ona wprowadzona również w przychodniach geriatrycznych, również pozostał niezrealizowany.

To są te rzeczy, które niepokoją, i moje główne życzenie dla nas wszystkich jest takie, żeby ten raport nie pozostał niezrealizowany. Jeżeli pojawia się kolejny standard i kolejny wniosek dotyczący standardów postępowania leczniczego i opiekuńczego w zakresie chorych na chorobę Alzheimera i choroby otępienne, nie możemy pozostać bez aktywnych działań.

To jest trzeci ważny głos. Pierwszy należy do organizacji pozarządowych, skupiających głównie rodziny i opiekunów chorych na chorobę Alzheimera. One przygotowały projekt Narodowego Programu Alzheimerowskiego. Postulat dotyczący Narodowego Programu Alzheimerowskiego został również sformułowany bardzo wyraźnie przez kolejnych rzeczników praw obywatelskich, panią profesor Lipowicz i pana dr. Bodnara i cały czas jest aktualny. To jest rzecz absolutnie ważna.

Jednego elementu nie uwzględniliśmy, ale on też powinien być zauważony. Każdy kraj, który ma ambicje przygotować się do starości społeczeństwa, również do choroby Alzheimera i chorób otępiennych, inwestuje w badania naukowe. To jest także postulat organizacji pozarządowych i środowisk alzheimerowskich – należy prowadzić badania nad chorobami mózgu. I to jest oczywiście zadanie dla Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, żeby wprowadził takie granty i umożliwił badania w zakresie chorób mózgu.

Co zrobimy z tym raportem i co zrobi minister zdrowia, co zrobi minister rodziny, co zrobi polski samorząd, również odpowiedzialny za skuteczne działania? Bo przecież prowadzi środowiskowe domy samopomocy, które bardzo często nie uwzględniają specyfiki chorych na chorobę Alzheimera i choroby otępienne.

Bezpłatne leki są oczywiście potrzebne, tylko że muszą być spełnione dwa warunki. Jeżeli chory zaczyna chorować na chorobę Alzheimera w wieku 65 lat, to bez właściwego leczenia w wieku 75 lat bardzo często nie będzie miał świadomości, gdzie się znajduje, co robi i kto przy nim jest. Taka jest brutalna prawda. Milion Polaków nie korzysta z programu bezpłatnych leków, mimo że przekroczyło 75. rok życia. To jest realny problem, podobnie jak problem w dostępie do leków, w tym bardzo kosztownych leków nowej generacji. Nie będę wymieniał nazw leków, których nie ma na liście MZ, a które są zalecane przez lekarzy. Zanim chory dotrze – a 92% mówi, że jest problem w diagnozie choroby – do prof. Marii Barcikowskiej w Instytucie Neurologii na Sobieskiego, bardzo często już jest za późno. Pani profesor wypisuje po prostu diagnozę: choroba Alzheimera w stanie zaawansowanym i kieruje do ZOL. Nie ma już możliwości na pewnym etapie. Dlatego absolutnie ważną rzeczą jest również odpowiedzialność samorządu lokalnego, regionalnego.

Bardzo się cieszę z inicjatywy samorządu woj. mazowieckiego, który planuje – tę historię poznałem dzięki pani dyrektor Mazowieckiego Centrum Pomocy Społecznej –przekształcić ośrodek w Drewnicy, to jest koło Ząbek pod Warszawą, na ośrodek diagnostyczny osób chorych na chorobę Alzheimera lub chorób otępiennych. Ale bez tych badań przesiewowych, o których również jest mowa w rekomendacjach NIK, nie poradzimy sobie, bo nie będziemy w stanie wyłapać tych chorych, którzy powinni być kierowani do specjalistycznego leczenia.

Cóż robić? Po pierwsze, trzeba działać, trzeba uznać, że choroby otępienne i choroba Alzheimera są poważnym problemem społecznym. Trzeba również podjąć konkretne kroki, aby te sprawy stały się przedmiotem programów zdrowotnych. A przecież postulaty, o których mowa, są zawarte w poprzednim raporcie, dotyczącym geriatrii, one powinny być wprowadzane. Kolejny rok nam ucieka, a są rzeczy, których kompletnie nie załatwiamy. Nie mamy na to czasu. W pewnym momencie przekroczymy poziom możliwości samych opiekunów. To jest rzecz absolutnie wagi zasadniczej i o wnioskach z tego raportu trzeba nieustannie przypominać wszystkim możliwym decydentom na każdym szczeblu samorządu.

Konkludując, bardzo dziękuję, panie prezesie, za ten raport. Liczę na to, że i minister zdrowia ustosunkuje się do poprzedniego reportu, do tych rekomendacji, powie nam, jakie działania zamierza wdrożyć. Ale również liczymy na to, że minister rodziny mając na względzie aspekt opiekuńczy, również podejmie działania, o które my także wnioskujemy w naszym dezyderacie, czyli żeby wszystkie usługi opiekuńcze uwzględniały specyfikę chorych na chorobę Alzheimera. Tworzone są dzienne domy pobytu, ale one też powinny być wyspecjalizowane w jakiejś mierze. Nie jest zbyt dobrze, kiedy w jednym miejscu funkcjonują chorzy ze schorzeniami fizycznymi i ze schorzeniami psychicznymi, powinna być swojego rodzaju specjalizacja, która wymaga odpowiedniego działania. Co do lecznictwa szpitalnego, ono jest bardzo wysoko w tych badaniach oceniane, ale mam wrażenie, że polskie szpitale również nie są przygotowane do tego, żeby w sytuacji, kiedy podejmują leczenie różnych schorzeń niezwiązanych z chorobami mózgu, zapewnić właściwe warunki funkcjonowania chorych.

Bardzo dziękuję za ten raport. Myślę, że on jest już w tej chwili naszym wspólnym wyrzutem sumienia, ale że coś dobrego z tego się urodzi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Proszę o przedstawianie się. Pan pierwszy.

Asystent posła partii Nowoczesna Wojciech Trybocki:

Wojciech Trybocki, Nowoczesna. Chciałem zapytać pana prezesa NIK, czy podczas tej kontroli badano też warunki, w jakich przebywają chorzy na choroby otępienne w oddziałach szpitalnych i jaka jest w ogóle możliwość, żeby te warunki polepszyć. Odnoszę się tu do wypowiedzi pana posła Szczerby o szpitalu w Drewnicy, ponieważ bardzo dobrze znam tę placówkę, wiem, jakie są tam warunki. Dla mnie to jest coś skandalicznego, żeby ludzie chorzy na choroby otępienne przebywali na oddziale razem z narkomanami, osobami uzależnionymi od alkoholu w warunkach, które urągają podstawowym normom funkcjonowania szpitala. Tam jest np. oddział bez windy, byłem na tym oddziale, i osoby chore są znoszone na rękach. Chciałem się dowiedzieć, czy on był kiedykolwiek kontrolowany. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Proszę bardzo, pan.

Przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Zbigniew Tomczak, przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera; mówię również w imieniu Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich. Przede wszystkim chciałbym podziękować panu prezesowi NIK za raport. Miałem okazję wcześniej się z nim zapoznać na zorganizowanej przez państwa konferencji. Chciałbym zwrócić uwagę na kilka spraw.

Nasze wcześniejsze badania, powiedziałbym, środowiskowe, organizacyjne, wskazywały, że w Polsce problem choroby Alzheimera dotyczy 300 tys. pacjentów. Niestety, jak widać, nie doszacowaliśmy tej liczby. Raport podaje, że liczba chorych jest wyższa o 20% w stosunku do szacunków z 2005 r., czyli przyrasta nam z każdym rokiem trzy, cztery procent. Raport powołuje się na dane Światowej Organizacji Alzheimerowskiej, która podaje za 2015 rok koszty leczenia w wysokości 817 mld dolarów. Przeliczyłem, ile miesięcznie przypada na pacjenta – jest to 2300 dolarów. Prawdopodobnie te wyliczenia zawierają całościowy rachunek. Osoby badane w raporcie NIK wykazywały zapewne koszty bezpośrednie.

Raport podkreśla, że w systemie opieki zdrowotnej, co jest bardzo istotne, niestety, nie stworzono narzędzi skutecznego rozwiązywania problemów chorych i ich rodzin, a przyjęto rozwiązania typowe dla osób starszych. Tymczasem rozwiązania, które są typowe dla osób starszych, nie mają tutaj w pełni zastosowania. Na pewno powinny się znaleźć na czołowym miejscu badania przesiewowe, o których tutaj już mówiono, a więc np. bardzo prosty test zegara czy trochę bardziej skomplikowany, ale też tani i prosty *Mini-mental State Examination* (krótki test przesiewowy do oceny otępień).

Z raportu się dowiadujemy, że MZ niestety nie dysponowało danymi na temat świadczeń, co, moim zdaniem, jest podstawową rzeczą, którą powinniśmy mieć i znać. Te dane muszą być rejestrowane, żeby decydenci wiedzieli, z czym mają do czynienia. MZ w ograniczonym zakresie korzystało z kompetencji kreowania i realizacji polityki zdrowotnej oraz nie podjęło działań, aby uzyskać dane, ilu jest chorych. Jest więc dość stanowcze stwierdzenie, żeby uzyskać te ważne dla całościowego procesu leczenia dane.

Raport podkreśla, że nie ma wypracowanej polityki zdrowotnej wobec chorych – a to jest jedna z kluczowych rzeczy – że aktywnie działały jedynie środowiska organizacji pozarządowych, była już o tym mowa. Niestety, nasze działania nie doprowadziły, o czym też już mówił pan poseł Szczerba, do przyjęcia Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Chciałem podkreślić, że gdy powstawał raport NIK, 20 krajów Unii miało swoje narodowe plany alzheimerowskie. Dzisiaj jest tych krajów już 26. U nas, mimo że środowiska alzheimerowskie i lekarskie zgłosiły taki projekt w 2011 r. do odpowiednich ministerstw decydentów, nie wprowadzono takiego rozwiązania.

Nie ma formalnych przeszkód w dostępie do badań diagnostycznych, co podkreśla raport, ale ich skuteczność budzi zastrzeżenia. Brak jest rozwiązań umożliwiających wczesne wykrycie choroby przez badania przesiewowe. Wydaje mi się, że nie ma szybszej, bardziej efektywnej drogi niż te badania. Najsłabszą stroną jest właśnie brak modelu leczenia i opieki, szczególnie rozwiązań organizacyjnych i standardów postępowania, co się przewija w naszych częstych rozmowach z potrzebującymi pomocy rodzinami, które się zgłaszają czy do mojego stowarzyszenia, czy do bratnich stowarzyszeń. MZ uzasadniało brak wydzielonych działań systemowych nieznaną etiologią tych chorób. To samo jednak można powiedzieć o chorobach onkologicznych, gdzie jednak stworzono odpowiedni system do tego rodzaju chorób.

Na 500 badanych pacjentów jedynie 3,6% miało odnotowane w wywiadzie pytania o zaburzenia pamięci i to się potwierdza, a żaden nie miał przeprowadzonego czy zaproponowanego testu *Mini-mental Examination* czy uproszczonego testu zegara. Skutek jest taki, że w Polsce – tak się ocenia – chorobę Alzheimera zdiagnozowano u 15–20% potencjalnych chorych, czyli odwracając to, 80–85% osób, które prawdopodobnie są chore, nie ma postawionej diagnozy. Bez komentarza. Można sobie tylko pomyśleć, co tracimy. Oni nie wiedzą, rodzina nie wie, nie mogą wdrożyć wcześniejszego leczenia. Wprawdzie choroby nie da się wyleczyć, ale można ją wcześniej zdiagnozować i o to trwa walka cały czas, bo dzięki temu można opóźnić jej rozwój i stworzyć warunki większego komfortu zarówno dla chorego, jak i rodziny, bezpośredniego opiekuna. To hasło organizacji alzheimerowskiej – Wyścig z czasem – jest bardzo aktualne w polskich warunkach.

Jeszcze raz chciałbym bardzo podziękować w imieniu wszystkich stowarzyszeń za ten raport. Trochę się do niego przyczyniliśmy, bo w maju 2015 r. tutaj, w tej Komisji, „stawialiśmy” tę sprawę i jeśli można, prosimy NIK, żeby kiedyś może powtórzyła taki raport, szczególnie badania opinii społecznej są dla nas bardzo, bardzo cenne. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos pani profesor Katarzynie Wieczorowskiej-Tobis, chciałbym powiedzieć, że zostały nam jeszcze dwa bardzo poważne punkty, a salę mamy tylko do godziny 19:30. Proszę bardzo, pani profesor.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Nazywam się Katarzyna Wieczorowska-Tobis, jestem profesorem geriatrii i medycyny paliatywnej. Jestem byłym konsultantem krajowym i mam takie wrażenie, że muszę teraz wykonać swoisty szpagat, ponieważ z jednej strony zgadzam się z moim przedmówcą i z panem posłem, i z tym raportem, że rzeczywiście brakuje badań systemowych. Ale z drugiej strony mam też wrażenie, że pewne rzeczy, o których mówimy, są jakby za bardzo rozdmuchane. Słyszeliśmy od pana posła, że niemożność wczesnego diagnozowania choroby Alzheimera uniemożliwia skuteczne jej leczenie. A musimy zdać sobie sprawę, że nie ma skutecznego leczenia dla chorych na Alzheimera i wszystko, co możemy zrobić, jak wcześniej powiedział mój przedmówca, to podjąć leczenie celem zwolnienia postępu choroby i przygotowania rodziny. Rzeczywiście nie mamy Narodowego Planu Alzheimerowskiego; bardzo bym chciała, żeby on powstał.

Wróciłam teraz z konferencji w Budapeszcie, gdzie był m.in. wiceprezes organizacji Alzheimer Europe dr Charles Zel**,** który stwierdził, że na całym świecie w tej chwili jest tylko kilkanaście krajów, które mają te plany, w tym nie wszystkie kraje europejskie np. Austria. Nie możemy więc powiedzieć, że jest 20 krajów z tym planem. Ale rzeczywiście, 31 maja, dosłownie 3 tygodnie temu, WHO podpisała dokument „Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia", w którym wzywa wszystkie kraje będące członkami WHO do wdrożenia działań zmierzających do stworzenia narodowych planów. Myślę, że w przyszłości taki plan będziemy mieć.

Musimy też, uwzględniając zarówno to, co państwo mówią, jak i ten raport, spojrzeć trochę krytycznie. Zapytano ponad 1000 osób, czy wszyscy po 60. roku życia powinni być badani w kierunku zaburzeń pamięci… Mam czasem wrażenie, że osoby starsze nawet czasami nie wiedzą, które badania czego dotyczą. Zadajmy sobie pytanie, czy naprawdę każdy zdrowy sześćdziesięciolatek wymaga badania pamięci. Na pewno, jeśli znajdziemy się wśród tych sześćdziesięciolatków, którzy są zdrowi i sprawni, odpowiedzą, że nie. Nie jest więc tak, że tylko 3% osób było badane, wskazuje, że coś jest nie tak. Rzeczywiście zgadzamy się całkowicie z tym, tu nie mogę mieć wątpliwości, że istotnie brakuje badań skriningowych, trzeba jednak zdefiniować grupę, u której konieczne jest wykonanie tego badania.

I jeszcze wracając do raportu, chcę zwrócić państwa uwagę, że ocena geriatryczna, którą wprowadzono w 2016 r., nie ma zdefiniowanej konieczności oceny funkcji poznawczych i nie jest też zdefiniowane, jakim starszym pacjentom jest dedykowana. Więc myślę, że jeśli za rok czy dwa lata będą państwo sprawdzać, czy ona została wdrożona, to nie zobaczą państwo, czy ocena funkcji poznawczych jest robiona, czy nie, bo to jest badanie skriningowe. Problem, który mamy z tym badaniem, polega na tym, że z mojej perspektywy jest to martwy przepis, a nawet jeśli jest wdrożony i nawet jeśli stwierdzamy u kogoś zaburzenia, to nie ma przepisów, które wdrażają coś dalej. Być może więc warto się temu przyjrzeć.

Myślę, że to jest bardzo dobry raport, pokazujący, że musimy pewne działania podjąć, ale musimy też spojrzeć na niego trochę krytycznie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Pan prezes udzieli odpowiedzi.

Dyrektor Delegatury NIK w Katowicach Piotr Miklis:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja bardzo krótko. Do pana z Nowoczesnej, bo nie usłyszałem nazwiska: Czy były badane warunki? Nie. Tematem naszej kontroli była opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera i wsparcie dla ich rodzin oraz problematyka wsparcia badania i leczenia. Tego, w jakich warunkach przebywają pacjenci i ilu ich jest, nie badaliśmy. Gdybyśmy weszli do szpitali, to może oddalibyśmy państwu informację za rok. Ale jak powiedziałem, badaliśmy nieinstytucjonalnie.

Do pana przewodniczącego. W Polsce jeszcze nie ma tradycji ani zwyczaju wyceny pracy domowników. Dlatego w naszych kosztach jest tylko bezpośredni koszt leczenia i leków. Nawet nie liczy się wyżywienia, tak jak np. kosztów hotelowych. Podaliśmy tylko koszty bezpośrednie.

Pani profesor, bardzo się lubimy, lubimy sobie robić wrzutki. Powiem tak – może weźmy pod uwagę również tych z dolegliwością otępienia. Skoncentrowała się pani wyłącznie na alzheimerze, ale, przepraszam bardzo, sama pani wie, ile trwa pierwsze badanie kontaktowe lekarza rodzinnego. Tylko tyle minut. Można przez tyle minut zorientować się, że ktoś jest… Szczegółowe badanie musi być dłuższe, wiemy to na pewno.

Pani profesor, panu przewodniczącemu, wszystkim państwu, przede wszystkim panu ministrowi chciałem podziękować, bo podczas naszej konferencji na temat alzheimera wypłynęło wiele wniosków, pogłębionych wniosków, wynikających też z naszej kontroli, ale były one bardzo mocno poszerzone przez państwa informacje, jakie otrzymaliśmy. A również były to wnioski dalej idące niż nasze i propozycje rozwiązań, o których nawet dziś pani wspomniała w jakiejś części.

To jest problem nas wszystkich, to jest obywatelski problem, nie tylko ministra, bo chorymi najlepiej opiekują się domownicy, taka jest prawda. Część z nas chce się tego pozbyć, ale, przepraszam, obowiązek jest obowiązkiem. Nie zrozumie syty głodnego – i tym skończę, bo nie będę się powtarzać; ci, którzy byli na konferencji, wiedzą, co chciałem powiedzieć.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani. Proszę się przedstawić.

Przedstawiciel Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej Samorządu Województwa Mazowieckiego Barbara Kucharska:

Barbara Kucharska, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej Samorządu Województwa Mazowieckiego. Ad vocem Drewnicy – w Drewnicy jest budowany nowy szpital i o tym szpitalu rozmawiamy. Zdajemy sobie sprawę, jakie warunki były w starym budynku. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Szanowni państwo. Na koniec chciałbym powiedzieć, że bardzo dobrze, że rozmawiamy na bardzo ważny temat, który w tym punkcie podjęliśmy. Sytuacja jest zdecydowanie bardzo trudna, rozumiem, że chociażby przez to, że każdy pacjent chce być wspaniale leczony, a z drugiej strony statystyka demograficzna mówi, że coraz więcej osób potrzebuje tej opieki. Czujemy się bardzo młodzi, ale powinniśmy wspierać wszystkich tych, którzy mogą udoskonalić system. To jest interes wszystkich, dlatego zajmujemy się tym tematem. Jest dobry materiał przygotowany przez NIK, za chwilę państwo ministrowie będą nawiązywać do tej problematyki.

Powiem tak, współpracować trzeba, różni w różnym czasie mają możliwość włączenia się do tej pracy. Jeszcze raz podkreślając, że zgadzam się z państwem, bo nie chcę być posądzony o to, że myślę inaczej – chyba jakieś światełko w tunelu jest. Jeżeli dobrze wynotowałem, to zlecone przez NIK badanie TNS wykazało, czym byłem lekko zdziwiony, że zadowolonych z systemu funkcjonowania jakości usług medycznych było 52% pytanych respondentów, a niezadowolonych 31%. Oczywiście mowa jest o ostatnim okresie badania; wszyscy wskazywali trudności dostępu do specjalistów, podkreślali, że diagnoza jest za długa, ale jednak widać to światełko w tunelu, znaczna przewaga osób, stwierdzających postęp w świadczonych usługach. Oczywiście tę pozytywną perspektywę da solidna praca rządu; liczymy także na samorząd. Pani profesor za wypowiedź, ale przede wszystkim panu prezesowi NIK, który pochwalił stronę rządową, serdecznie dziękuję. Bo to pokazuje, że wszyscy jesteśmy razem.

Wiceprezes NIK Mieczysław Łuczak:

Mogę?

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Proszę bardzo.

Wiceprezes NIK Mieczysław Łuczak:

Sam pan wykazał, że przedstawiamy stan faktyczny. Co jest dobre, jest pokazane, co jest nieprawidłowe, również pokazane. Dlatego chciałem państwu podziękować za dyskusję, państwu posłom również za wysłuchanie naszej informacji i jej ocenę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Razem damy radę. Szanowni państwo, stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości.

Przechodzimy do trzeciego punktu dzisiejszego posiedzenia, czyli informacji Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na temat sytuacji osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów. Proszę o zabranie głosu pana Zbigniewa Króla, podsekretarza stanu MZ, a następnie panią Elżbietę Bojanowską, podsekretarz stanu MRPiPS.

Podsekretarz stanu MZ Zbigniew Król:

Panie przewodniczący, panie pośle, szanowni państwo. Dziękuję bardzo za możliwość odniesienia się do sytuacji związanej z opieką nad osobami w wieku podeszłym, a szczególnie chorymi na choroby otępienne, w tym na chorobę Alzheimera. Ocenę raportu NIK przekazałem na konferencji. Chcę podkreślić, że tego typu raporty, opracowania są niezwykle istotne, niemniej, po pierwsze trzeba odnieść się do tego, w jakich latach te badania były przeprowadzane, a po drugie wyjaśnić ten content medyczny, o który się nieco spieraliśmy.

Zacznę od obszaru, co do którego w sumie się nie porozumieliśmy. Dotyczy on badań przesiewowych w kierunku zaburzeń pamięci. Nastąpiła pewna zmiana, w prezentacji widniało bowiem, że powinny je robić osoby w wieku 60 lat i więcej, a podczas konferencji to było badanie sugerowane dla pięćdziesięciolatków. W sprawie badań przesiewowych pozwalających na wczesną diagnostykę zaburzeń poznawczych i otępień skierowaliśmy pismo do Agencji Oceny Technologii Medycznych z prośbą o opinię w tej sprawie. Opinia potwierdziła stanowisko Ministra Zdrowia, które było przekazane podczas prac nad tym raportem, że wskazuje się na brak zasadności wprowadzenia systemu badań przesiewowych dla ww. grup osób.

Przeanalizowane przez agencję rekomendacje medyczne, kliniczne nie zalecają wykonywania badań przesiewowych w kierunku chorób otępiennych u osób, u których brak objawów. Wskazać należy, iż czułość i swoistość obecnie dostępnych testów nie jest satysfakcjonująca w przypadku ich stosowania jako badań przesiewowych. W opinii prezesa agencji brak jest zasadności prowadzenia badań przesiewowych w kierunku otępienia w populacji bezobjawowej. Biorąc pod uwagę odnalezione dowody naukowe, rozważyć można badania przesiewowe w populacji osób wykazujących te objawy, które mogłyby sugerować obecność zaburzeń poznawczych, takich jak utrata pamięci, osłabienie zdolności językowych, koncentracji, widzenia, objawy behawioralne lub psychologiczne, bądź w przypadkach, w których lekarze, rodzina, bądź przyjaciele zauważają obecność zaburzeń poznawczych. To jest mniej więcej to, co pani profesor powiedziała.

Ponadto należy mieć na uwadze, że w ramach przeprowadzonego wyszukiwania kryteria włączenia dowodów naukowych nie zawężały interwencji do konkretnych badań neuropsychologicznych, a odnosiły się do populacji ogólnej. W toku wyszukiwania nie odnaleziono szczegółowych zaleceń co do testów, jakie powinny być wykorzystywane w ramach ewentualnego skriningu oportunistycznego, czyli celowanego na populacje grup ryzyka. Brakuje także danych, które wskazywałyby jasno, jakie kryteria kwalifikacji powinny być spełnione w celu włączenia pacjentów do skriningu oportunistycznego. Ponadto prezes Agencji wskazał, że wykorzystywanie procesu oceny występowania otępienia u pacjentów powinno mieć charakter indywidualny i uwzględniać takie czynniki, jak historia pacjenta, badanie funkcji poznawczych, badanie fizykalne, przegląd stosowanych leków. Występowanie choroby otępiennej powinno być ocenione w wyniku kompleksowej pełnej ewaluacji pacjenta, gdyż tylko wtedy możliwe jest postawienie trafnej diagnozy.

W kwestii stworzenia algorytmów postępowania z chorymi ze zdiagnozowanym otępieniem należy wskazać, że tworzenie przedmiotowych algorytmów należałoby oprzeć

na standardach postępowania opracowanych przez środowisko medyczne i o takie algorytmy i postępowania wystąpiliśmy zarówno do naszych towarzystw, jak i do towarzystw międzynarodowych. Poprosiliśmy również o wskazanie istniejących w Polsce zaleceń, wytycznych, standardów dotyczących postępowania w zakresie profilaktyki i leczenia chorób otępiennych w szczególności choroby Alzheimera lub możliwości przetłumaczenia, zaadaptowania zagranicznych standardów do warunków polskiego systemu ochrony zdrowia.

Jeśli chodzi o świadczenia zdrowotne, opiekę medyczną nad osobami z chorobą Alzheimera, sprawują i koordynują lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji, gdy zaistnieje konieczność dalszych badań i konsultacji specjalistycznych, leczenie jest prowadzone w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Chciałbym też dodać, że obecnie trwają prace nad umieszczeniem procedury w koszyku świadczeń, które będą dostępne w ramach finansowania przez NFZ.

W przypadku, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w ramach leczenia laboratoryjnego, lekarz powinien skierować świadczeniobiorcę do leczenia szpitalnego. Kompleksowa opieka nad osobami z chorobą Alzheimera nie została wyodrębniona, jednak wszystkie elementy takiej opieki są dostępne. To wyodrębnienie dotyczy określonej procedury w ramach finansowania NFZ.

Odnosząc się do kwestii finansowania świadczeń udzielanych pacjentom z otępieniami, wskazać należy, że jego poziom systematycznie wzrasta we wszystkich rodzajach, tj. w poradniach neurologicznych, na oddziałach neurologii, chorób wewnętrznych, geriatrii czy też w ramach opieki psychiatrycznej. Ponadto NFZ w 2016 r. określił priorytet ogólnopolski w planowaniu zakupu świadczeń pt. Zwiększenie dostępności do świadczeń dedykowanych osobom starszym, powyżej 60. roku życia w ramach zakresu geriatria, co dotyczy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i lecznictwa szpitalnego oraz świadczeń psychogeriatrii w rodzaju psychiatria. Jednocześnie w celu poprawy opieki zdrowotnej nad osobami z zespołami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, wyodrębniono dwa rodzaje świadczeń: świadczenia psychogeriatryczne oraz świadczenia dzienne psychiatryczne, geriatryczne. Obecnie dla chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera refundowane są cztery leki.

Opieka lekarska. Z uwagi na to, że otępienie może pojawiać się w przebiegu chorób neurodegeneracyjnych, zakaźnych, jak również naczyniowych, w udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom z tymi schorzeniami zaangażowani są lekarze wielu specjalności. W zależności od przyczyny wystąpienia choroby oraz jej zaawansowania chory może być pod opieką lekarza POZ oraz lekarza specjalisty. Do specjalizacji, które w swoich programach zawierają treści dotyczące chorób otępiennych, należą przede wszystkim specjalizacje w takich dziedzinach, jak neurologia, choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, geriatria, genetyka, psychiatria. Ponadto trzeba mieć na uwadze, że pacjenci dotknięci tymi schorzeniami wymagają najczęściej opieki długoterminowej. Lekarze, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych w opiece długoterminowej, zgodnie z określonymi załącznikami z zakresu tych świadczeń to specjaliści w dziedzinach: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, medycyna ogólna, chirurgia ogólna, geriatria, neurologia, psychiatria, choroby zakaźne, a także lekarze specjaliści z medycyny paliatywnej w sytuacji, gdy chory wymaga opieki paliatywnej, hospicyjnej.

Ważne miejsce w opiece nad osobą starszą, przewlekle chorą, w tym na choroby otępienne oraz pacjentem z deficytami w zakresie samoopieki zajmują pielęgniarki, które wykonują świadczenia zdrowotne w poszczególnych rodzajach, w szczególności pielęgniarki, które mają przygotowanie specjalistyczne w takich dziedzinach, jak pielęgniarstwo opieki długoterminowej, pielęgniarstwo zachowawcze, rodzinne, środowiskowe, środowiskowo-rodzinne, geriatryczne czy opieki paliatywnej.

W odniesieniu do osób starszych niesamodzielnych, u których występuje wielochorobowość, w tym rozpoznana choroba Alzheimera, istotnego znaczenia nabiera możliwość uzyskania przez pacjenta świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej domowej lub stacjonarnej oraz świadczeń z zakresu opieki paliatywnej, hospicyjnej zarówno domowej, jak i stacjonarnej. Świadczenia gwarantowane realizowane są przez pielęgniarki, również POZ. Pielęgniarki i położne zobowiązane są do sta-

łego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych także w tych kierunkach, na które jest zapotrzebowanie wynikające z epidemiologii czy demografii.

Wśród innych zawodów uczestniczących w opiece nad osobami dotkniętymi otępieniem w ochronie zdrowia, należy wymienić opiekuna medycznego, fizjoterapeutę i psychologa klinicznego.

W ramach powstających czy powstałych i aktualizowanych map potrzeb zdrowotnych w chwili obecnej w trakcie przygotowywania map w zakresie chorób układu nerwowego u osób w wieku podeszłym przygotowane zostały odrębne analizy dla grup chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera i inne otępienia z określonymi kodami CD10 po to, żeby jednoznacznie określić poziom występowania tego schorzenia w Polsce.

Dodatkowo chciałbym jeszcze powiedzieć o działaniach w ramach Narodowego Programu Zdrowia Publicznego, które rozpoczęły się w ub.r. W tym roku de facto udało nam się skutecznie przeprowadzić postępowania konkursowe i w celu uzyskania rzetelnych danych dotyczących skali występowania chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera, ogłosiliśmy konkurs na realizację zadania pt. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. To badanie włączono do celu operacyjnego 5. NPZP, który brzmi – Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się. W tej chwili trwają negocjacje z wyłonionym oferentem na przeprowadzenie dużego kompleksowego badania, które będzie uzupełnieniem wcześniejszych analiz w ramach projektu POLsenior.

Niezależnie od powyższego MZ przy planowaniu zadań w kolejnych latach realizacji NPZ szczegółowo przeanalizuje możliwość podjęcia inicjatyw przeznaczonych w szczególny sposób dla osób z chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera oraz wsparciem dla ich opiekunów.

Na koniec chciałbym powiedzieć, że postulat dotyczący ścisłej współpracy z MRPiPS w mojej ocenie jest realizowany, dlatego że przy okazji omawiania opieki długoterminowej odbywamy wiele narad, dochodzimy do ustaleń, aby rzeczywiście zapewnić chorym lepszą opiekę.

Jeszcze raz chciałem podziękować za raport NIK, ponieważ to opracowanie istotnie może pomóc nam wszystkim.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję serdecznie. Proszę panią minister.

Podsekretarz stanu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Elżbieta Bojanowska:

Panowie przewodniczący, panie i panowie posłowie, panie ministrze, panie prezesie, szanowni państwo. Ponieważ przekazaliśmy szczegółowe materiały, pozwolą państwo, że powiem o najważniejszych sprawach, w sposób szczególny odnoszących się do osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera.

Osoby z chorobami otępiennymi, w tym chorujące na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunowie, podobnie jak inne osoby znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej i życiowej, mogą korzystać, zależnie od potrzeb, ze świadczeń z pomocy społecznej, które są przewidziane w ustawie o pomocy społecznej. Zgodnie z tą ustawą pomocy udziela się osobom i rodzinom m.in. z powodu niepełnosprawności, długotrwałej bądź ciężkiej choroby, ubóstwa a także bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego. Jednocześnie występowanie w rodzinie chorób z wymienionego zakresu jest uznawane przez pracowników socjalnych ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR) za powód do objęcia osoby, a także jej rodziny pomocą na podstawie właśnie ustawy o pomocy społecznej.

Chcę zaznaczyć, że nie zbieramy systematycznie danych dotyczących chorób otępiennych i choroby Alzheimera, niemniej w ramach tej kontroli było jednorazowo przeprowadzone sprawozdanie, żeby zobrazować ten stan i pozwolę sobie właśnie odnieść się do poszczególnych działań i podać liczby, które z tego sprawozdania wynikają.

Według sprawozdania pomocy na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej w 2015 r. udzielono 35 928 osobom, a koszt udzielonych świadczeń oszacowany został na 387 469 tys. zł. Jak państwo doskonale wiedzą, bo niejednokrotnie już o tym mówili-

śmy, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej mamy świadczenia niepieniężne i pieniężne. Ze świadczeń niepieniężnych w sposób szczególny należy ująć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczną usługę opiekuńczą dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w 2015 r. skorzystały16 463 osoby, kosz usług wyniósł ponad 80 mln zł.

Należy również wspomnieć o ośrodkach wsparcia, w tym o środowiskowych domach samopomocy, klubach samopomocy i dziennych domach pomocy. Te placówki mogą być przeznaczone dla różnych kategorii osób, w zależności od potrzeb występujących w danym terenie. Mogą być też, bym powiedziała, zmonopolizowane, czyli np. przeznaczone dla osób cierpiących na chorobę Alzheimera. Nie ma przepisów, które by takich specjalistycznych placówek zabraniały. Wydaje się, że samorządy kierują się raczej tym, że w małych miejscowościach jest duże zróżnicowanie osób chorych na różnego rodzaju choroby otępienne czy choroby psychiczne, dlatego domy te są przeznaczone dla wszystkich osób. Chcę powiedzieć, że tylko w 2015r . stworzyliśmy 443 nowe miejsca w ŚDS, a plan na ten rok i przyznane środki wskazują, że przybędzie ok. 1000 nowych miejsc w środowiskowych domach samopomocy.

Naszym celem jest to, aby zlikwidować białe plamy na mapie Polski, tak żeby w każdym powiecie był środowiskowy dom samopomocy i sukcesywnie krok po kroku do tego dążymy. Jeżeli dobrze pamiętam, na koniec roku 2017 tego typu domów zabraknie tylko w około 40 powiatach. Tak jak powiedziałam, w tym roku dojdzie prawie tysiąc nowych miejsc w ŚDS.

Ogólnie w 2015 r. z usług, które były świadczone w ośrodkach wsparcia we wszystkich rodzajach, skorzystało 5350 osób, które chorowały na choroby otępienne i chorobę Alzheimera, z czego prawie 3500 to byli uczestnicy SDŚ.

Należy również powiedzieć o mieszkaniach chronionych, z tym że jest w nich niewiele osób z otępieniami i chorobą Alzheimera; na ogólną liczbę osób korzystających z tego wsparcia, też niewielką, bo 2593, cierpiących na te choroby jest 74. Chcemy wzmocnić samorządy w realizacji tego zadania – to jest zadanie samorządów – m.in. w programie Za życiem. Jeszcze w tym roku przewidujemy dofinansowanie do budowy mieszkań 50% samorządów, poza tym chcemy w tym roku i następnych latach zbudować 50 kolejnych nowych mieszkań. Takie informacje przesłaliśmy już do wojewodów, zbieramy zapotrzebowanie.

Kolejna możliwa instytucjonalna forma wsparcia to rodzinne domy pomocy. W nich także przebywa niewiele osób, które chorują na tę chorobę, jest ich ok. 72.

Domy pomocy społecznej. W DPS w 2015 r. przebywało prawie 77 tys. osób, w tym 18 650 osób z chorobami otępiennymi i chorobą Alzheimera.

Nie mamy liczby osób, dla których usługi były świadczone w placówkach zapewniających całodobową opieką osobom niepełnosprawnym, szczególnie chorym i osobom w podeszłym wieku, prowadzonych w ramach działalności gospodarczej bądź statutowej, mówię o tych wszystkich prywatnych, niepublicznych podmiotach.

W ramach form niepieniężnych również mamy składki na ubezpieczenia emerytalne bądź rentowe za osobę, która w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej osobistej opieki nad długotrwale bądź ciężko chorym członkiem rodziny, zrezygnuje z zatrudnienia i nie zamieszkuje wspólnie z matką, ojcem bądź rodzeństwem. Ośrodek pomocy społecznej opłaca za taką osobę składkę na ubezpieczenie emerytalne bądź rentowe od kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, jeśli dochód na osobę w rodzinie opiekującego się nie przekracza 150% kryterium dochodowego. Trudna jest do oszacowania liczba osób, które korzystają z tej formy wsparcia.

Należy również wskazać pracę socjalną. Z tej formy pomocy skorzystało 36 700 osób z chorobami otępiennymi i chorobą Alzheimera na prawie milion osób, które skorzystały z tego wsparcia.

Trzeba także wymienić poradnictwo, z którego skorzystały 132 tys. rodziny, w tym 5252 osoby chorujące na choroby otępienne i chorobę Alzheimera.

Tak jak mówiłam, druga forma pomocy to świadczenia pieniężne. Pomoc w formie zasiłku stałego w 2015 r. została wypłacona 6726 osobom z chorobami otępiennymi i cho-

robą Alzheimera, jej koszt wyniósł ponad 31 mln zł. Zasiłek okresowy otrzymało prawie 7900 osób, zasiłek celowy prawie 14 tys. osób.

Warto też wspomnieć o działaniach towarzyszących, czy też wspomagających. Szczególnie należy wymienić organizacje pozarządowe, które zajmują się osobami chorującymi. Myślę o rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020. Jak już mówiłam kilkakrotnie, w edycji 2016 zmieniliśmy trochę koszty w poszczególnych priorytetach, zwiększając w priorytecie IV koszt liczenia usługi na rozwój usług społecznych wszelkiego rodzaju. Po dyskusji i debatach w ubiegłym roku w Komisji Polityki Senioralnej wprowadziliśmy w ramach programu 2017 jeden z priorytetów, właśnie choroby otępienne. Na subprojekty w priorytecie IV, które były rekomendowane do dofinansowania, czyli usługi społeczne, aż 58 projektów otrzymało dodatkowe punkty za spełnienie tego kryterium, czyli były przeznaczone dla osób z tymi chorobami. Przykładowe formy wsparcia, jakie realizują organizacje pozarządowe, są zawarte w materiale.

Myślę, że to najważniejsze informacje. Odnosząc się do zalecenia NIK, tak jak wskazaliśmy panu prezesowi, oczywiście jesteśmy gotowi do współpracy z MZ, zresztą współpracujemy na różnych polach. Wydaje mi się, że aby uszczegółowić tę pracę, należy wyodrębnić, określić w statystyce publicznej tę jednostkę chorobową. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Pan przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Mam dwie uwagi. Jedną do pana ministra. Rozumiem, że tutaj zarysowała się istotna różnica zdań i pan minister przytoczył opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która wskazuje – jak rozumiem, pan minister przedstawił stanowisko rządu – brak zasadności wprowadzenia systemu badań przesiewowych dla grupy osób, które potencjalnie mogą być chore na chorobę Alzheimera i choroby otępienne. Trochę to dziwne stanowisko, panie ministrze, bo dysponuję wieloma raportami konsultantów wojewódzkich w dziedzinie geriatrii, m.in. pani dr Elżbiety Kozak-Szkopek z woj. mazowieckiego, w której raporcie jest wyraźne zalecenie dotyczące wdrożenia okresowych przesiewowych badań z uwzględnieniem całościowej oceny geriatrycznej, a ta całościowa ocena również przewiduje, mimo tego że pani profesor powiedziała co innego dzisiaj, kwestie związane ze stanem psychicznym. Tu jest dosyć duża rozbieżność, więc… Słowa pani doktor: Całościowa ocena geriatryczna w kształcie stanowiącym ww. świadczenie (chodzi o świadczenie NFZ) jest narzędziem badawczym obejmującym specjalistyczne skale oceny stanu funkcjonalnego, fizycznego, psychicznego i umysłowego chorego w wieku 65 lat i więcej z wielochorobowością oraz zestaw specjalistycznych badań laboratoryjnych.

Mam więc wątpliwość co do tego, co powiedziała pani profesor, że ocena geriatryczna nie uwzględnia badania funkcji poznawczych. Duża rozbieżność.

Druga sprawa. Pan minister mówił o celowości. To jest całkowicie sprzeczne z raportem i wnioskami NIK. Prosiłbym o odniesienie się do tej kwestii.

Pan minister również powiedział o tym, że rozwijana jest geriatria w leczeniu szpitalnym. Chciałbym panu ministrowi zadać pytanie, jak jest rozwijana i jak będzie rozwijana geriatria po 27 czerwca w szpitalach I i II stopnia, kiedy nie będzie finansowania po wprowadzeniu sieci szpitali i będzie ona traktowana jak zwykła interna.

Mam takie wrażenie, że pan minister odczytał odpowiedź na nasz dezyderat, a nie informację na temat sytuacji chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera, chyba że pan potraktował to jako jedną wypowiedź na te dwa tematy.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, jeszcze pani. Pani minister ewentualnie będzie mogła na końcu odpowiedzieć.

Przedstawiciel Rady Seniorów Dzielnicy Wola Anna Paradowska:

Anna Paradowska, Rada Seniorów Dzielnicy Wola. Zwróciłam uwagę w informacji MZ na Fundusze Europejskie, gdzie jest wymienionych kilka tych funduszy i od 2014 r. żadne działanie nie było skierowane bezpośrednio do chorych na choroby otępienne. Szczególnie jest istotny Europejski Fundusz Społeczny z perspektywą do 2020 r., w którym w każdym typie projektu, w każdym konkursie podkreśla się, że dotyczy on dziedzin istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych. Tu chciałam zwrócić uwagę na słowo „demograficznych". Widzimy, że sytuacja się pogarsza, coraz więcej jest osób starszych chorych na choroby otępienne, a żadne działania nie były podejmowane tak, żeby były bezpośrednio skierowane do tych chorych. Na przykład w jednym z projektów kursów doskonalących dla lekarzy, również z adnotacją, że to dotyczy dziedzin epidemiologiczno-demograficznych kraju, wybrano takie działania jak astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, choroby układy krążenia, USG naczyń i układu oddechowego. Jeżeli już są takie adnotacje, takie zalecenia, że konkursy mają dotyczyć też potrzeb związanych z demografią, to aż się prosi, aby zauważyć tutaj choroby otępienne. Zgłaszam więc postulat, żeby w następnych edycjach dołączyć choroby otępienne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Proszę bardzo.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję, panie przewodniczący. Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Ja z prośbą do pana ministra. Panie ministrze, spotykamy się z problemem, że osoba chora na Alzheimera, zwłaszcza w sytuacji, gdy występują u niej napady agresywności, ma nagły stan kardiologiczny. Przyjeżdża pogotowie i zaczyna jeździć z pacjentem od jednego szpitala do drugiego. Na kardiologii: My się nie dotkniemy, bo agresywna, szarpie się, nie jesteśmy w stanie pomóc. Na oddziale, gdzie zajmują się przypadkami Alzheimera: Tu jest migotanie przedsionków, ludzie, przecież nie możemy jej przyjąć.

Wiem, że szpital, oddział kardiologiczny ma obowiązek przyjąć i zapewnić opiekę, dodatkowy personel. Można zgłosić do resortu i do NFZ przypadek jeden, drugi, mogą być wyciągnięte konsekwencje wobec tej placówki, że nie wypełnia kontraktu. Ale nie o to chodzi, bo to niczego nie zmieni. Temu człowiekowi nikt nie udzielił pomocy, był wożony przez całą noc.

Ewentualna prośba – czy resort nie mógłby wystosować, nie wiem, pisma przypominającego dyrektorom placówek służby zdrowia o obowiązku przygotowania się na taką sytuację? Oni nie muszą mieć 24-godzinnej obsady przygotowanej na przyjęcie, wystarczy, jeżeli zapewnią sobie gotowość, dodatkowy personel ściągany telefonicznie, kiedy zdarzy się tego typu przypadek, a te przypadki nie są takie nagminne. Może by pomogło w takich sytuacjach przypomnienie, że może się to wiązać z jakimiś konsekwencjami w ramach kontraktu. Tu nie chodzi o spowodowanie tych konsekwencji dla jednostek służby zdrowie, bo one ilekolwiekby dostały, to i tak będą miały za mało, gdyż potrzeby społeczne są większe, ale chodzi o to, żeby do takich przypadków nie dochodziło, żeby im zapobiegać.

Co do informacji pani minister. W imieniu organizacji społecznej i z naszego punktu widzenia chciałbym potwierdzić, że wyraźnie odczuliśmy i bardzo pozytywnie odbieramy tę zmianę nastawienia, jak pani minister mówiła, nie wspieranie jakichś pseudokonferencji, ale bezpośrednie działania, bezpośrednia pomoc osobom potrzebującym. I to jest w ocenie organizacji społecznych bardzo, bardzo dobry kierunek. Wypada również powiedzieć, jeżeli już o tym mówimy, że należą się bardzo serdeczne podziękowania panu dyrektorowi Kałuckiemu za wyjątkowo sprawną obsługę wniosków. Nigdzie indziej tak szybko i sprawnie to wszystko nie poszło. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Czy jeszcze ktoś z państwa? Pani profesor Wieczorowska-Tobis, nasz ekspert.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, mam takie pytanie. Jest ogromna grupa chorych, dla których właściwie nie mamy zbyt wielu do nich skierowanych rozwiązań w systemie, co wynika m.in. z raportu NIK. Skoro dane pokazują, że 30% osób po 80. roku życia ma otępienie, to jeśli rozejrzymy się dookoła siebie i zobaczymy, że w tej sali jest 30 osób, i jeśli wszyscy dożyjemy do osiemdziesiątki – 10 z nas będzie miało otępienie. Jest to więc ogromna grupa chorych i kiedy rok temu zaczęliśmy omawiać ten problem w tej sali, pani minister Pinkas powiedział, że działania na rzecz chorych z otępieniem są w systemie rozproszone. Użył takiego sformułowania.

Moje pytanie jest takie: Czy w związku z tym, że działanie są rozproszone, co niewątpliwie wynika m.in. z raportu, czy z perspektywy MZ ten stopień rozproszenia się zmniejsza i czy rzeczywiście jest tak, że w przyszłości będą podejmowane działania dla tej grupy chorych? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Panią poproszę.

Opiekunka chorych na chorobę Alzheimera Zofia Prasoł:

Dziękuję bardzo. Zofia Prasoł, jestem opiekunką osób z chorobą Alzheimera. To dla mnie ogromny zaszczyt, że mogę uczestniczyć, nie po raz pierwszy zresztą, w posiedzeniach Komisji Polityki Senioralnej i jest do dla mnie również wielkie wsparcie, bo autentycznie i szczerze mogę powiedzieć, że wracam z tych spotkań wzmocniona psychicznie, z nowymi siłami. To taki dodatkowy bodziec do pracy.

Panie prezesie, „chorymi najlepiej opiekują się domownicy" – czy dobrze użyłam tytułu? Pan prezes nie reaguje, chyba jednak źle powiedziałam. Dziękuję bardzo za te słowa, wypiszę je sobie wielkimi literami, powieszę w widocznym miejscu i będę odczytywała, kiedy zdarzy mi się chwila zwątpienia i będzie to również dla mnie takie upewnienie się, że jednak czynię dobrze, już 9 lat opiekując się chorą mamą i w tej chwili teściem, u którego w zeszłym roku czy w 2015 r., nieważne, też stwierdzono chorobę Alzheimera.

Może kilka uwag i pytań do pani minister. Jestem monotematyczna w moich wypowiedziach, ponieważ interesuje mnie wsparcie, którego oczekuję przy opiece nad moimi niesamodzielnymi podopiecznymi. Zawsze chwalę usługi opiekuńcze, które przyznano moim podopiecznym w ośrodku pomocy społecznej. To jest najlepsze, co mogło mi się zdarzyć. Ale nigdy nie jest tak dobrze, żeby nie mogło być lepiej. Myślę, że mogłoby znacznie lepiej, tylko należałoby się zastanowić i doprowadzić system usług opiekuńczych, zwykłych usług opiekuńczych, bo te mnie interesują, do poziomu bardzo dobrego. Nie mówię o jakości, bo ona jest nadzwyczajna, ale mówię o ilości. Nie chcę się powtarzać, ale przy każdej okazji chwalę moją opiekunkę, która przychodzi z ośrodka pomocy społecznej i jest rewelacyjna. Zastępuje mnie, żebym mogła zrobić zakupy, załatwić sprawy urzędowe, pójść do lekarza, czy zwyczajnie odpocząć. Ale to są tylko godziny w dni robocze. Doceniam jej pracę, kiedy przychodzi w weekend i kiedy wypadają dni świąteczne, gdy oboje z mężem stajemy na rzęsach, żeby sobie poradzić ze wszystkimi obowiązkami.

Mam pytanie do pani minister, proszę o bardzo jednoznaczną odpowiedź. Czy jeśli osoba niesamodzielna mieszka we wspólnym gospodarstwie rodzinnym z osobą sprawną, czy przysługują jej usługi opiekuńcze, czy nie? Proszę odpowiedzieć jednoznacznie, ponieważ w art. 50 ustawy o pomocy społecznej jest to powiedziane dosyć enigmatycznie: usługi opiekuńcze mogą być przyznane także osobie, która wymaga pomocy innych osób, jednak rodzina a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni i zstępni nie są w stanie takiej pomocy zapewnić. Czy to znaczy, że jeżeli ten małżonek wspólnie zamieszkuje, to jego obowiązkiem jest zajęcie się osobą niesamodzielną i niezawracanie głowy w ośrodkach pomocy społecznej? Pytam dlatego, że rozmawiam z wieloma osobami i otrzymuję informację, że jednak ośrodki pomocy społecznej odmawiają wtedy pomocy.

Poza tym, dlaczego ja otrzymałam usługi opiekuńcze? Dlatego że mieszkamy pod jednym dachem z moimi podopiecznymi, tzn. w budynku jednorodzinnym, ale jednak adres jest inny, bo to są dwa oddzielne mieszkania. Podejrzewam – dlatego pytam – że gdybyśmy mieszkali we wspólnym lokalu, czyli pod jednym adresem, również spotkałabym

się z odmową. I jeszcze dlaczego pytam. Marzy mi się przeprowadzka z podopiecznymi na wieś, żeby oni mieli ogródek, mieszkali na parterze i wtedy wyjście na świeże powietrze nie byłoby wyprawą, a normalnym wyjściem, nawet w piżamie do ogródka, żeby sobie mogli posiedzieć, pospacerować. Tylko teraz pytanie brzmi: Jeżeli zrealizuję ten pomysł, czy również nie stracę tych usług opiekuńczych, pani minister?

Druga sprawa. Mogę?

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Przepraszam bardzo, że pani przerywam. Muszę przypomnieć, że półtorej godziny temu informowałem państwa, że mamy salę do godziny 19:30, a został nam jeszcze jeden punkt – rozpatrzenie dezyderatu. W związku z tym prosiłbym o zgłaszanie wszystkich kwestii w skondensowany w miarę sposób. Dziękuję bardzo.

Opiekunka chorych na chorobę Alzheimera Zofia Prasoł:

Mam jeszcze wiele pytań i spraw, ale skoro czas nagli, zapytam o jedną bardzo ważną sprawę. Koszt usług opiekuńczych w 2015 r. w Polsce dla osób cierpiących na chorobę Alzheimera wyniósł 80 704 tys. zł. Pani minister, ile było tych świadczeń – to jest również bardzo ważne dla mnie pytanie – ile było tych świadczeń, czyli godzin w ciągu roku dla wszystkich 16 tys. osób? Pozwoli nam to wyliczyć, ile dziennie średnio osoba z alzheimerem miała przyznanych usług opiekuńczych. To jest bardzo ważne. Słyszałam tu dzisiaj wiele razy, że wszystkie osoby, czy z chorobą Alzheimera, czy nie, traktowane są przez opiekę społeczną jednakowo. To jest zasadniczy problem. Z moich obserwacji wynika, że osoby po 80. roku życia zasadniczo bez zastanawiania się komisji otrzymują orzeczenie o znacznej niepełnosprawności. Wobec tego osoby, które zajmują się przydzielaniem usług opiekuńczych niezależnie od tego, czy podopieczny wymaga stałej, 24-godzinnej opieki, czy tylko potrzebuje pomocy do sprzątania, że tak powiem, przyznają tyle samo usług opiekuńczych. I to jest zasadniczy problem.

Jeszcze jedna uwaga. Wiele razy w dokumentach, także w tych na dzisiejsze spotkanie i w założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej spotykam się ze sformułowaniem, by podopieczni „jak najdłużej mogli zostać we własnym środowisku, jak najdłużej byli samodzielni”. Za każdym razem oburzam się, słysząc coś takiego. Bo jest to bardzo groźne sformułowanie. Nie wiem, czy ono jest używane bezrefleksyjnie, czy też z premedytacją. Bo jeżeli mamy jak najdłużej pozostać we własnym środowisku, wszyscy, jak tu siedzimy, to co to znaczy? To znaczy, że wszyscy nieuchronnie jesteśmy skazani na to, że kiedyś z tego domu będziemy musieli odejść i udać się pod skrzydła opieki instytucjonalnej, a jeżeli chodzi o niepełnosprawność – abyśmy jak najdłużej byli sprawni i samodzielni. Co to znaczy? To znaczy, że nieuchronnie czeka nas ta niesamodzielność. To jest groźne, to jest bardzo groźne. Nie wiem, dlaczego ktoś tak pisze.

Muszę zaznaczyć, że w ustawie o pomocy społecznej nie ma takiego sformułowania. Ono się pojawiło w pewnym momencie, myślę, że bezrefleksyjnie jest powtarzane, no i jest, jak jest.

Na koniec, proszę państwa, w związku z tym co powiedziałam przed chwilą, życzenia – napisałam i czytam: Obyśmy dożyli sędziwego wieku we własnym domu, wśród najbliższych kochanych i kochających osób, ciesząc się zdrowiem i pełną samodzielnością do ostatnich naszych dni. Do ostatnich naszych dni. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

W imieniu wszystkich dziękuję bardzo za życzenia. Dziękuję za zaangażowaną, świadczącą o znawstwie tematu wypowiedź. Proszę, nasz ekspert, pan dr Rafał Sapuła.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Rafał Sapuła. Do państwa ministrów chciałbym skierować tylko jedną uwagę odnośnie do współpracy. Fakt, że państwo doskonale współpracują, niestety nie przekłada się na ten najniższy, lokalny poziom współpracy ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Uważam, że jest to ważne zadanie dla nas, żeby na poziomie najniższym, lokalnym, powstały ramy współpracy opieki domowej przynajmniej w zakresie wymiany informacji między służbami, czyli między ochroną zdrowia i pomocą społeczną o problemie danego pacjenta. Mówię to jako praktyk, który mniej więcej od 10 lat zajmuje się rehabilitacją i medycyną

paliatywną. Chodzę po domach, pracuję również w miejskim centrum pomocy rodzinie, więc mam ogląd tej sytuacji. Tej współpracy po prostu nie ma. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Proszę bardzo.

Dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej Anna Jakrzewska-Sawińska:

Jestem lekarką, prowadzę poradnię geriatryczną i dzienny dom wsparcia dla osób z otępieniem. Proszę państwa, wydaje mi się, że jest bardzo prosta recepta, żeby pewne rzeczy poprawić. Najważniejsza sprawa jest taka, należy szkolić lekarzy rodzinnych i poprawić ich warsztat pracy, aby byli pierwszymi osobami, które będą rozpoznawać pacjentów z otępieniem. W obecnych warunkach, gdy lekarz ma 10–15 minut na pacjenta, tego się w ogóle nie da prowadzić. On musi rozmawiać nie tylko z pacjentem, ale także z rodziną.

Druga sprawa. Jeśli lekarz rodzinny stwierdzi, że jest jednak podejrzenie o możliwość otępienia, powinien natychmiast kierować do poradni geriatrycznej, która powinna mieć specjalistów neuropsychologów, rehabilitantów, możliwość prowadzenia aktywizacji psychofizycznej i naturalnie neurologa i psychiatrę. Wiem, o czym mówię, ponieważ ja to wszystko mam w poradni. Prowadzimy ją razem m.in. z panią prof. Tobis, więc ona może potwierdzić. Mam cały ten zespół i uważam, że to jest bardzo ważne.

Poza tym w poradni geriatrycznej powinno się wykonywać całościową ocenę geriatryczną. U nas to się robi, ale dla mnie to jest bardzo trudne, bo nie mogę pracownikom zapłacić za to badanie. Oni robią to z dobrego serca. A bez tych badań nie jesteśmy w stanie szybko diagnozować.

Lekarz rodzinny powinien natychmiast kierować do aktywizacji psychofizycznej. Jest tu pani minister Bojanowska – bardzo pani dziękuję. W ramach aktywizacji ASOS prawie 80% pacjentów to są właśnie pacjenci już z rozpoznanymi objawami otępiennymi. I mamy nie najgorsze wyniki. W najbliższym czasie przygotujemy pracę, w której pokażemy, jakie są wyniki po aktywizacji u starszych ludzi. Trzeba tylko pewne rzeczy poprawić, w ramach ASOS powinien być jeszcze lekarz do dyspozycji.

Co jest jeszcze ważne? To, co pan doktor powiedział: współpraca wszystkich ośrodków. Mam pracownika socjalnego, w tej chwili go przygotowuję, mogę już mu powiedzieć: tego pacjenta proszę natychmiast wysłać do MOPR (Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie). Musi być tak, że pacjent przychodzi i od razu kierujemy go do właściwych domów.

Dzienny dom wsparcia prowadzę dopiero od 1,5 roku, więc nie mam jeszcze opracowanych wyników, ale już widzę, że są dobre efekty. Naprawdę można ludziom bardzo dużo pomóc. Naturalnie, my ich nie wyleczymy, ale przedłużenie możliwości pobycia we własnym domu to jest bardzo ważna sprawa. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję serdecznie. Prosiłbym panią i pana ministra o kilka zdań.

Podsekretarz stanu MRPiPS Elżbieta Bojanowska:

Moja wypowiedź będzie krótsza. Ustaliliśmy, że ja zacznę. Te pytania właściwie nie do nas powinny być skierowane, ale do samorządów, bo trudno nam, ministerstwu, odpowiadać za działania poszczególnych samorządów. Zgadzam się też, żebyśmy sobie życzyli, wszyscy na tej sali, żeby liczba świadczonych usług opiekuńczych, czyli musimy mówić o godzinach, była adekwatna do potrzeb osób, którym te usługi są świadczone. Ale też wszyscy zdajemy sobie sprawę, że niestety liczba zakontraktowanych godzin jest zbyt mała.

Odnośnie do średniej liczby świadczonych usług dla osób z chorobą Alzheimera, mówimy przeciętnie o trzech godzinach, aczkolwiek różnie jest w różnych samorządach. Nie da się tego uogólnić, bo to jest indywidualna decyzja danego ośrodka pomocy społecznej.

Co do pytania, czy może pani stracić usługi opiekuńcze – istnieje duże prawdopodobieństwo, że po zmianie miejsca zamieszkania i w momencie prowadzenia jednego gospodarstwa domowego może pani stracić te usługi. Istnieje takie prawdopodobieństwo, ale nie musi. Tutaj nikt pani nie odpowie, ponieważ taka jest filozofia w syste-

mie pomocy społecznej, że jest to system uznaniowy i wiele zależy od gminy, w której te usługi są świadczone. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Proszę pana ministra o kilka zdań odpowiedzi na pytania.

Podsekretarz stanu MZ Zbigniew Król:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Rozumiem, że pan poseł, który zadał pytania, już nie wróci, w związku z tym mam więcej czasu na pozostałe odpowiedzi.

Nie wiem, na jakiej podstawie i czego dotyczyła ta opinia specjalisty wojewódzkiego. Zdaje się, że chodzi o kompleksową ocenę geriatryczną, która nie do końca jest oceną również przesiewową. W medycynie chcemy jednak wprowadzać zasady *ewidence-based medicine*, nie opinie *based*, z całym szacunkiem dla różnych instytucji, które takie opinie do nas kierują. Jeżeli coś nie jest potwierdzone, udowodnione, gdy chodzi o bezpieczeństwo i skuteczność, to takich rzeczy nie robimy. To też dotyczy badań skriningowych. W związku z tym trudno mi się do tego odnieść.

Co do zwykłej interny, trochę spostponowanej, po 27 czerwca będzie ogłoszenie, które szpitale znajdą się w sieci. Nie dotyczy to części geriatrycznej. Geriatria jest na trzecim szczeblu, w związku z czym w ramach oddzielnego kontraktowania jest normalnie finansowana. Aczkolwiek całkiem niedawno prowadziłem szpital, gdzie na oddziale geriatrycznym średnia wieku pacjentów wynosiła 83 lata w ciągu roku. Oddział internistyczny – także tutaj wszyscy mieli kompleksową ocenę geriatryczną, co sprawdzaliśmy. Tu bardziej była potrzeba zaangażowania, o którym też geriatrzy mówią, dodając, żeby specjalista z tej dziedziny konsultował tych pacjentów, ich stan funkcjonowania w ramach tego szpitala, a nie tworzyć łóżka, które niekoniecznie przyniosłyby większą korzyść.

I jeszcze w odniesieniu do tzw. zwykłej interny. Interna jest lepiej wyceniona, w związku z czym więcej pieniędzy jest na opiekę nad chorym, niezależnie od jego wieku w danym szpitalu. Przekwalifikowanie tego na jakikolwiek inny oddział, wydaje mi się, nie będzie korzystne.

Myślę, że poprzez sieć szpitali, czyli podstawowe zabezpieczenie świadczeń lecznictwa zamkniętego, zostanie wyeliminowana ta sytuacja, o której mówił pan przedstawiciel służb ratowniczych, że pacjent z określoną chorobą musi być przypisany do określonego oddziału. Dlatego mówimy o kompleksowości opieki, żeby niezależnie od tego, do jakiego szpitala trafi pogotowie, w miarę kompetencji tego szpitala otrzymać kompleksową opiekę, obojętnie, jakie jest podstawowe rozpoznanie. To jest główny cel zmiany, którą chcemy przeprowadzić z takim mozołem i determinacją.

Odnośnie do Funduszy Europejskich. Mam dwie strony na ten temat, bo to Fundusze Norweskie, Europejski Obszar Gospodarczy, Szwajcarski Program Współpracy, Perspektywa Finansowa z różnych okresów, Europejski Fundusz Społeczny. Środków odnoszących się do chorób otępiennych było dość sporo, tak że nie wiem, dlaczego te informacje nie były przekazywane, bo wymienione fundusze są zarówno na kształcenie, jak i na konkretne rozwiązania strategiczne. Wśród projektów, które były dofinansowane właśnie z Europejskiego Obszaru Gospodarczego. są np. projekt Działania na rzecz aktywnego i godnego starzenia się w Warszawie, realizowany przez miasto stołeczne; projekt Poprawa ochrony zdrowia osób starszych i niesamodzielnych i przewlekle chorych z Żar, Lubska i pozostałego obszaru południowej części woj. lubuskiego; projekt Poprawa jakości opieki nad osobami niesamodzielnymi z zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnymi intelektualnie w Poznaniu. Jest więc sporo inicjatyw, które są przeprowadzane. Pewnie to niewiele, bo jednak starzejemy się jako społeczeństwo i potrzeby demograficzne na pewno będą rosły, a nie malały i z tego powodu uwagi artykułowane również podczas tego posiedzenia musimy wziąć sobie do serca i wprowadzić w jakiś sposób do naszych aktów prawnych.

Odnośnie do pytania pani profesor w zakresie stworzenia systemu świadczeń dedykowanych chorym – mówię o tym rozproszeniu – MZ uprzejmie informuje, że trwają prace analityczne i koncepcyjne w celu oceny zasadności wyodrębnienia bardziej precyzyjnego opisania świadczeń gwarantowanych udzielanych pacjentom w diagnostyce i leczeniu

otępienia, a także zmiany warunków realizacji świadczeń gwarantowanych realizowanych na rzecz chorych na chorobę Alzheimera, w tym stworzenia poradni leczenia chorób otępiennych. Są dwa postulaty, jeden, który był tu zgłaszany podczas dyskusji, czyli wyodrębnienie schorzenia, a drugi skoncentrowanie w określonej poradni, która, w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych, będzie wskazana.

Co do współpracy, o której mówił pan doktor. Ta współpraca właściwie pozwoliła nam na pełne zidentyfikowanie problemu po latach rozdzielenia opieki społecznej i lecznictwa wykonawczego. Wtedy, kiedy doszło do tego rozdzielenia, byliśmy młodym społeczeństwem, jednym z najmłodszych w Europie. W tej chwili sytuacja się kompletnie zmieniła. Stworzyliśmy de facto, czy raczej stworzono – bo nikt z nas nie brał udziału w tej „twórczości" – dwie różne oferty dla tego samego człowieka, który w wielu momentach nie potrzebował ani jednej, ani drugiej, tylko innej opieki. Nad tym głównie pracujemy. To jest rzecz, która nie zdarzy się od razu, bo to zbliżenie jest zależne od uwarunkowań resortowych i uwarunkowań legislacyjnych. W tym kierunku chcemy iść, żeby osoba niepełnosprawna nie pozostawała sama z własnymi problemami. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo pani minister, panu ministrowi za przygotowanie szczegółowych materiałów i wyczerpujące wypowiedzi. Stwierdzam, że Komisja przyjęła przygotowaną informację do wiadomości.

Szanowni państwo, przed nami ostatni punkt. Mamy 15 minut na rozpatrzenie odpowiedzi Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na dezyderat nr 3 w sprawie sytuacji osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów. Podobnie jak w poprzednich tematach Komisja otrzymała kompletny materiał w tej sprawie, ale zapytam jeszcze panią minister i pana ministra, czy chcieliby ewentualnie coś dopowiedzieć. Nie.

W takim razie otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Jeżeli nie, to wnoszę o przyjęcie przez Komisję odpowiedzi na dezyderat nr 3. Czy jest sprzeciw? Nie ma. Stwierdzam, że Komisja przyjęła odpowiedź na dezyderat nr 3.

Szanowni państwo, na wstępie dzisiejszego posiedzenia pan przewodniczący poseł Szczerba poinformował o pewnej inicjatywie Komisji, jest to ważne. Powtórzę: 4 lipca Komisja planuje wizytację na oddziale geriatrycznym Szpitala Wolskiego w Warszawie przy ul. Kasprzaka, planowanej w godzinach 13:00–14:30. Zapraszamy serdecznie szczególnie posłów. W tej sprawie sekretariat będzie wysyłał maile. Tylko posłów? Dziękuję za sprostowanie mojej wypowiedzi. Zamykam dzisiejszą dyskusję. Dziękuję wszystkim państwu za przybycie na posiedzenie.

Zamykam posiedzenie Komisji.